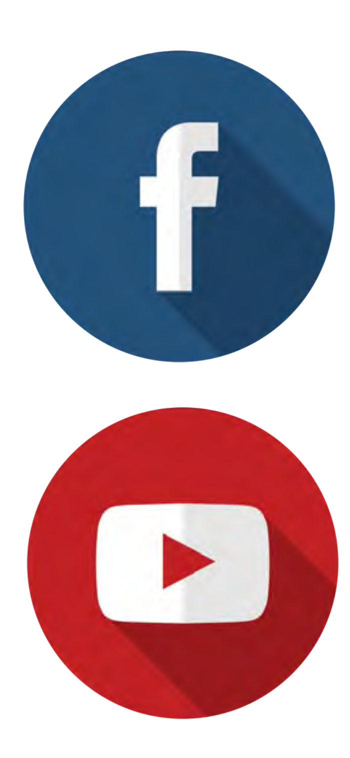
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







LES SALMONELLOSES MINEURES

I)-INTRODUCTION :

Les salmonelloses mineures regroupent toutes les infections causées par des salmonelles non typhoparatyphiques dont la source principale est alimentaire .Elles constituent un motif fréquent de consultation et occupent la première place des gastro-entérites aiguës en raison de la modification des habitudes alimentaires en faveur de produits dont la durée de consommation est longue.
Elles déterminent classiquement des manifestations digestives, les septicémies et les localisations viscérales se rencontrent chez des malades à risque, immunodéprimés en particulier .Même si la morbidité est élevée, la létalité reste faible chez l'immunocompétent.
Les salmonelloses mineures posent un problème de santé publique car elles rentrent souvent dans le cadre d'une toxi-infection collective.
La déshydratation est la complication essentielle de ces affections, la réhydratation sera donc le principal traitement.
L'antibiothérapie garde sa place dans certaines situations, mais l'émergence de souches multirésistantes limite sa prescription.
Les recommandations de prophylaxie individuelle et collective restent toujours de rigueur.

II)-AGENT CAUSAL :

Les salmonelles mineures appartiennent à la famille des Entérobactéries, Bacilles Gram - asporulés aéro-anaérobies facultatifs .Chaque sérotype est composé d'une combinaison d'Ag somatique O, capsulaire Vi et flagellaire H .Les sérotypes sont très nombreux , certains sont particulièrement fréquents : Salmonella typhimurium (fig.1)et Salmonella enteritidis(fig.2).
Dés 1994, a émergé, en Europe et aux Etats-Unis, un lysotype de Salmonella typhimurium multirésistant (résistant à l'ampicilline, à la streptomycine, au chloramphénicol, aux sulfamides et à la tétracycline) et qui représente en l'an 2000 61% de souches de S. Typhimurium isolées chez l'homme.

III)-EPIDEMIOLOGIE :

A-Le réservoir est principalement animal (volailles, bovins…) .L'homme est une source potentielle (malade ou porteur sain).

B-La contamination se fait selon deux modalités :
1-Alimentaire par la consommation de viande, d'œufs, de lait cru ou peu cuit ou bien de légumes crus souillés par des fèces animales.
2-Interhumaine, dans les collectivités en particulier, favorisée par le portage asymptomatique surtout chez les professionnels de la chaîne alimentaire .Ce mode de transmission est lié au péril fécal.
Les salmonelloses mineures surviennent à tout âge mais elles restent rares chez le NRS de moins de 6 mois soumis à un régime lacté exclusif.
Ces affections se manifestent par des cas sporadiques mais des poussées épidémiques peuvent éclore (toxi-infection alimentaire favorisée par l'alimentation collective).
La répartition saisonnière met en évidence un pic estival.
L'immunodépression, les hémoglobinopathies, les maladies digestives préexistantes et les prothèses sont des facteurs favorisant le passage à la septicémie et l'éclosion de localisations secondaires.

IV)-PHYSIOPATHOLOGIE :

Une fois ingérés, les germes pénètrent dans l'épithélium intestinal et déclenchent une réaction inflammatoire.La libération de médiateurs stimule la sécrétion d'eau et d'électrolytes de même que la motilité intestinale et réduit la réabsorption intestinale.

.

V)-CLINIQUE :

TDD : La gastro-entérite aiguë de l'adulte sain :
A-L'incubation est silencieuse de 12 à 36 heures après un repas infectant.
B-Le début est marqué par l'installation brutale de douleurs abdominales diffuses à types de coliques, de nausées et de vomissements de nature alimentaire évoluant en un climat fébrile (T°38 -39°C).
C-A la phase d'état, le tableau clinique se complète par la survenue d'une diarrhée faite de 10 à 15 selles /j liquides parfois mêlées de glaires.
L'état général est conservé.
L'abdomen légèrement météorisé.
L'évolution, sous surveillance médicale, est bénigne spontanément résolutive en 2 à 5 jours.

VI)-FORMES CLINIQUES :

A-La forme du NRS : les salmonelloses mineures sont peu fréquentes chez le NRS sachant que la diversification alimentaire débute après l'âge de 6 mois ; en

revanche le tableau clinique est plus sérieux car le système immunitaire et digestif sont immatures et le besoin en eau très important.
Le début reste brutal, la fièvre peut s'élever à 40°C d'où risque de convulsions.
Les vomissements et la diarrhée conduisent parfois à la déshydratation : 2°cause de mortalité infantile après les infections respiratoires aiguës.
Une réhydratation précoce et adéquate devient indispensable.

B-La forme septicémique : est fréquente aux âges extrêmes de la vie, chez les immunodéprimés, les malnutris et en cas d'érythrocytopénie.
Le syndrome septicémique domine la scène clinique :
1-le patient se plaint d'un malaise général et présente une pâleur toxique
2-la fièvre est élevée à 39-40°C en plateau ou oscillante précédée de frissons,.
3-l'hépatosplénomégalie est possible.
4-l' épisode digestif vient au deuxième plan.
Le diagnostic se fait grâce aux hémocultures et à la coproculture.

C-La forme avec localisation secondaire : les localisations secondaires compliquent une gastro-entérite aiguë survenant chez des groupes à risque : porteurs de prothèse valvulaire , sujet fragilisé par une hémopathie.
Les localisations extradigestives sont diverses : méningite purulente, ostéite (fig .3), abcès splénique, hépatique, pulmonaire, rénal et endocardite.

D-Les formes inapparentes : constituent une source de dissémination, surtout chez les professionnels de la chaîne alimentaire.

VII)-DIAGNOSTIC :

A – LE DIAGNOSTIC POSITIF : fait appel à des arguments :
1-anamnestiques : un cas similaire dans l'entourage et une consommation d'aliments suspects sont souvent retrouvés.
2-la clinique est peu évocatrice.
3-sur le plan biologique :
L'hémogramme retrouve une normoleucocytose ou une hyperleucocytose à polynucléose neutrophile.
L'examen direct des selles peut retrouver des leucocytes et des hématies.
La certitude est fournie par le laboratoire : la coproculture est souvent positive, l'hemoculture plus rarement sauf en cas de septicémie ou bien de localisation secondaire dont la ponction du foyer de suppuration peut également isoler le germe.

B -LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL : D'autres germes sont responsables de diarrhées aiguës, c'est le cas de :

1-Toxi-infection alimentaire à Staphylocoque :
-l'incubation est courte d' 1/2 heure à 8 heures.
-l'état général est altéré.
-les vomissements sont nombreux et précédent une diarrhée faite de selles liquides évoluant dans un climat apyrétique.
-le risque d'état de choc est imminent.
Le traitement est purement symptomatique.

2-La shigellose :
L'incubation est plus longue de 3 à 5 jours.
C'est le tableau d'une dysenterie aiguë fébrile.
Les convulsions sont fréquentes surtout chez le NRS .La mise en évidence du germe à la coproculture ou à l'hémoculture pose le diagnostic.

3-Le choléra :
-l'incubation est de 4 heures à 4 jours.
-La diarrhée est afécale, blanchâtre « eau de riz », les vomissements sont incoercibles et il n'y a pas de fièvre.
Le diagnostic est établi par la coproculture, la réhydratation est la principale arme thérapeutique, l'antibiothérapie est accessoire.

VIII)-TRAITEMENT :

A-Le traitement curatif : la gastro-entérite aiguë à salmonelles mineures chez l'adulte sain est spontanément résolutive .Les solutions de réhydratation orale seront préférées à la réhydratation intra veineuse qui ne sera utilisée qu'en cas de déshydratation grave et /ou de vomissements incoercibles.
L'antibiothérapie est réservée aux sujets fragilisés par une affection antérieure, au NRS et aux formes sévères (septicémie, localisations secondaires).
L'antibiothérapie est au début probabiliste puis sera adaptée en fonction des résultats de l'antibiogramme.
Les antibiotiques utilisés :

1. Amoxicilline : 100 à 200 mg/kg/j selon la sévérité du tableau clinique.
2. Cotrimoxazole :cp : sulfaméthoxazole 400 mg + triméthoprime 80 mg : 2 cps x 2 /j pour l'adulte
   Sirop : sulfaméthoxazole 200 mg + triméthoprime 40 mg :la posologie pour enfant est
   de 30 mg /kg /j de sulfaméthoxazole en 2 prises.
3. Chloramphénicol : 75 mg/kg/j
4. Fluoroquinolone : Ofloxacine : 200 mg x 2 /j
   Ciprofloxacine : 500mgx2/j.

5. Aminoside : Gentamycine : 3 mg/kg/j en IM pendant 5 à 7 jours, utilisé en association avec un autre antibiotique en cas de septicémie ou de localisations secondaires.

En cas de gastro-entérite aiguë la durée du traitement est de 3 à 7 jours (préférer la voie orale à la voie parentérale).
En cas de septicémie, le traitement est administré par voie parentérale et la durée du traitement est de 4 semaines.
En cas de localisations secondaires, le traitement est d'au moins 6 semaines et sera prolongée jusqu'à stérilisation du foyer .Il est nécessaire d'adjoindre le traitement spécifique de chaque localisation (drainage d'abcés, immobilisation plâtrée…..).
B- Le traitement prophylactique :

1. La déclaration de la maladie est obligatoire en cas de toxi-infection alimentaire collective, ce qui permettra la mise en œuvre précoce de mesures préventives afin d'éviter la survenue de nouveaux cas.
2. L'isolement du malade et la désinfection des excréments.
3. La prévention individuelle repose sur l'application des règles d'hygiène : lavage fréquent des mains et des crudités, cuisson suffisante des aliments et respect de la chaîne de froid.
4. Le traitement des porteurs sains.
5. La prophylaxie collective fait appel au contrôle de l'industrie alimentaire à tous les niveaux.

EN CONCLUSION :
Les salmonelloses mineures représentent une des pathologies infectieuses les plus fréquentes.
Elles doivent bénéficier d'une politique de prévention tant au niveau collectif qu'à l'échelon individuel.
Ceci impose le contrôle des denrées alimentaires et le respect des règles d'hygiène élémentaire.


Salmonella typhimurium

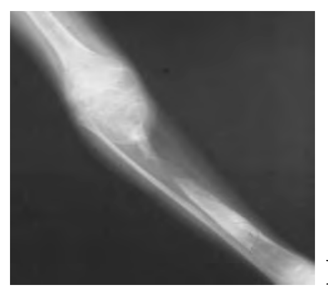
FIG.1 

SEM Image of *Salmonella* typhimurium


Salmonella enteritidis FIG.2

SEM Image of *Salmonella* enteritidis

SEM :Scanning Electron Micrograph


FIG.3

Destruction osseuse d'une ostéomyélite aiguë à Salmonelle (enfant drépanocytaire)